

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

250

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ORDIONI PAUL

Né à Paris. le 14 Décembre 1892

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Plaque Muqueuse Géante
et du Voile du Palais

Président de Thèse : M. le Professeur JEANSELME

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois,

1921

304

250

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

520

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ORDIONI PAUL

Né à Paris. le 14 Décembre 1892

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Plaque Muqueuse Géante
et du Voile du Palais



Président de Thèse : M. le Professeur JEANSELME

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois,

1921

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA.
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BESANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LECENE
Pathologie interne	RÉNON.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIÉR.
Cliniques médicales {	Hôtel-Dieu
	Beaujon
	Cochin
	Saint-Antoine
Clinique thérapeutique de la Pitié	
	Hôtel-Dieu
Clinique chirurgicale {	Saint-Antoine
	Cochin
	Salpêtrière
	Tarnier
Clinique obstétricale {	Baudelocque
	Pitié
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
— des maladies infectieuses	
— des maladies nerveuses	
— des maladies mentales	
— infantile médicale	
— d'hygiène de la première enfance	
— infantile chirurgicale	
— des voies urinaires	
— gynécologique	
— ophtalmologique	
— oto-rhino-laryngologique	
Physiologie appliquée à l'éducation physique	LANGLOIS, agrégé.
Stomatologie	FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTI	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDUIN.	GOUGEROT.	LEREBOUILLET.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	BOUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LEVY-JOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GREGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MERE.

A MON FRERE.

A MON ONCLE ET A MES TANTES.

A MES PARENTS ET AMIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales à l'Université, il nous reste une obligation bien douce à remplir; celle de remercier nos maîtres, dont l'enseignement hospitalier, patient et désintéressé est digne des plus beaux éloges.

Nos premiers remerciements vont à M. le Docteur Lenoir, qui a bien voulu nous recevoir comme rouspou dans son service. Grâce à ses leçons simples et claires, nous avons appris les premiers éléments de la science médicale et pris le goût de la fréquentation de l'hôpital.

MM. les Docteurs Gaillard et Legendre, dans le service desquels nous n'avons fait qu'un trop court séjour, à notre gré, ont su nous donner les notions de déontologie et de responsabilité médicales dont nous gardons le précieux souvenir.

La pratique chirurgicale nous a été enseignée, tour à tour par le regretté Docteur Picqué, MM. les Docteurs Marion et Broca. Leurs superbes leçons cliniques nous ont révélé la merveilleuse précision

du diagnostic autorisant et provoquant les plus heureuses interventions opératoires.

Aux Enfants-Malades, M. le Docteur Poulard a guidé, avec sa bienveillance coutumière, nos efforts dans l'étude de sa spécialité.

Ensuite, M. le Docteur Ramond nous a prodigué les leçons de sa science et de son expérience, avec une bonne grâce naturelle et charmante.

Puis l'enseignement de M. le Docteur Babonneix, à la fois précis et substantiel, nous a familiarisé avec l'examen méthodique des enfants.

Nous nous rappellerons, toujours avec plaisir, le court stage fait chez M. le Docteur Mahar, et les intéressantes explications qu'il nous a données.

Plus tard, M. le Docteur Lœper nous a fait apprécier les plus originales hypothèses de pathologie générale, entr'ouvrant à l'avenir de la médecine de nouveaux horizons.

Enfin, M. le Docteur Thibierge, après nous avoir accueilli dans son service, a bien voulu inspirer cette thèse et nous autoriser à en puiser dans son enseignement, les meilleurs éléments.

Notre gratitude est sincère et grande envers tous ces bons Maîtres, de qui nous avons appris l'ensemble des connaissances pratiques si indispensables à une bonne instruction médicale, et qui ont ainsi de la manière la plus heureuse illustré l'enseignement théorique un peu ardu de la Faculté.

Leur bienveillance et l'affabilité qui'ils témoignent à tous leurs élèves, en toutes circonstances, leur a gagné, avec notre respectueuse admiration, notre profonde sympathie, dont nous les prions de trouver ici la bien modeste expression.

Puisque M. le Professeur Jeanselme a bien voulu nous faire l'honneur de présider à cet ouvrage, nous le prions d'agréer nos plus respectueux hommages.

INTRODUCTION

Si la syphilis est sans doute encore la maladie la plus répandue et la plus meurtrière, les progrès récents réalisés par la médecine, au cours de ces dernières années, marqueront sans doute une date heureuse dans l'histoire de ce terrible fléau. Car il est légitime d'espérer qu'ils permettront d'en combattre plus efficacement le germe et par là même de réduire considérablement les dangers qu'il fait courir tant à l'individu, qu'à la famille et à la société.

Des organisations sont nées ou naîtront, qui mettant en œuvre, d'une part, les moyens de diagnostic fournis par des laboratoires scientifiques, d'autre part des médicaments nouveaux appliqués avec méthode, mèneront contre la maladie une lutte plus efficace et enfin couronnée de succès.

Dans ce combat, un rôle important restera au médecin praticien. Il gardera la tâche souvent fort délicate de dépister le mal dans ses premières manifestations, alors même que celles-ci si discrètes resteraient ignorées du malade. Pour établir ce dia-

gnostic précoce; il devra s'appliquer à la recherche des signes cliniques, dont les éléments sont aussi fidèles et aussi sûrs que ceux fournis par des laboratoires, qui pour être plus probants théoriquement, quand ils peuvent être recherchés, n'en sont pas moins dans la pratique sujets à de nombreuses causes d'erreur.

Nous nous proposons, dans cet ouvrage, d'étudier une variété de lésion syphilitique, qui mérite particulièrement l'attention des médecins, parce qu'elle se présente souvent à leur examen, comme la première manifestation de l'infection, et qu'elle porte dans ses propres caractères morphologiques l'indication de sa nature spécifique. Il s'agit d'une forme de plaque muqueuse du voile du palais.

Nous avons eu la bonne fortune d'en voir quelques exemples dans le service hospitalier de M. le Docteur Thibierge. D'autre part, en feuilletant la littérature médicale, il nous a été facile de recueillir d'anciennes observations, dont la publication avait eu pour objet de faire connaître diverses variétés de plaques muqueuses, qui offraient par ailleurs des caractères semblables à ceux de nos observations personnelles.

Après avoir exposé aussi exactement et minutieusement que possible ces différents documents, qui formeront la base de cette étude, nous nous efforcerons d'en dégager les éléments essentiels qui

nous permettront d'en faire un type auquel toutes pourront se rattacher.

Dans un dernier chapitre nous nous attacherons à montrer la valeur que présente pour le diagnostic de la syphilis, la connaissance de cette lésion distincte, aussi bien entre les autres lésions de cette maladie, qu'entre celles d'une autre origine pouvant lui ressembler par certains côtés.

CHAPITRE I

CARACTERES GENERAUX

La plaque muqueuse géante du voile du palais, dont nous avons vu des exemples les plus nets dans deux de nos observations personnelles rapportées plus loin, ont en propres tous les caractères généraux des plaques muqueuses de la cavité buccale et peuvent reproduire toutes leurs variétés.

C'est pourquoi, nous jugeons préférable de décrire ceux-ci dans un chapitre préliminaire, pour ne plus être obligé d'y revenir, quand nous ferons la description de la forme spéciale qui constitue l'objet de cette étude. Ainsi espérons-nous présenter plus clairement les caractères essentiels de ce type, dépouillé de ses caractères accessoires banaux, peut-on dire, puisqu'ils sont communs aux autres formes de plaques muqueuses. Cette disposition nous semble, en outre, pouvoir mieux faciliter au lecteur la compréhension des observations relatées dans le chapitre II, et lui permettre de les lire avec plus d'intérêt.

Tout le monde connaît la grande fréquence des plaques bucco-gutturales, au cours de la syphilis. Elle est telle, en effet, que l'examen de la bouche est devenu partie intégrante de l'examen d'un syphilitique avéré, quelle que soit la période à laquelle appartiennent les accidents pour lesquels le malade est venu consulter.

D'une manière générale, elles apparaissent dans la période secondaire que l'on peut schématiquement limiter dans un intervalle de temps compris entre le soixantième jour après le début du chancre et la troisième année qui succède à l'accident primitif. Cette détermination n'est pas du tout rigoureuse, et ces limites sont souvent franchies. On cite de nombreux cas dans lesquels les plaques sont apparues plus précocement et même en pleine période primaire alors que le chancre n'était pas encore cicatrisé. De même on connaît plusieurs exemples de plaques muqueuses survenues très tardivement, après la sixième ou la dixième année. A Fournier en a rapporté des cas de dix-sept et dix-huit ans.

En lisant les observations mentionnées au chapitre suivant, nous trouverons une nouvelle confirmation de la variabilité de la date d'apparition de ce genre d'accidents syphilitiques.

Il faut donc retenir cette notion, à savoir : que les plaques muqueuses peuvent apparaître à tous

les âges de la syphilis, et qu'ainsi leur présence ne permettra pas d'en déduire une indication précise sur l'ancienneté de l'infection.

L'opinion unanime des auteurs constate la plus grande fréquence des plaques muqueuses chez l'homme que chez la femme. Les raisons les plus communément admises pour expliquer cette prédilection sont la multiplicité et l'intensité des irritations buccales, chez celui-là. Le tabac et surtout l'alcool en paraissent les agents responsables. Sans que nous ayons pu tirer grand argument, en faveur de cette hypothèse parmi les observations que nous avons recueillies; il nous paraît logique de la tenir pour vraie. Puisque l'alcool ou le tabac agissant seuls peuvent donner une irritation appréciable de la muqueuse bucco-pharyngée, leur association avec l'infection syphilitique ne saurait guère que favoriser l'éclosion des accidents muqueux et à l'occasion en aggraver le pronostic.

Il est enfin, une autre cause d'irritation commune aux deux sexes : c'est la fréquence de carie dentaire, ou tout simplement de tartre, formé par les sécrétions buccales, les débris alimentaires, et souillé par les diverses fermentations qui y prennent naissance. Ces conditions déterminent dans la bouche du sujet qui en est porteur, une infection permanente et latente susceptible de venir enflammer et compliquer les lésions les plus bénignes.

Cette influence est absolument manifeste dans une variété de plaques muqueuses, siégeant soit au niveau du collet des dents et le long du bord des gencives infectées, soit sur une partie de langue ou de joue irritée par le voisinage d'une dent cariée ou ébréchée. Par l'extension de cette variété, les plaques peuvent envahir plus largement les parois de la bouche; mais alors, il est facile de remonter vers leur origine, au point de contact avec le rebord alvéolaire où l'on découvre la source de l'infection. Dans toutes ces variétés l'infection d'origine dentaire joue un rôle indéniable. Mais il n'est pas non plus illogique de concevoir que certaines plaques, n'ayant aucun rapport de voisinage avec les dents malades, puissent être infectées à distance par un foyer septique de cette origine. La dissémination des germes dans la cavité buccale est facilement explicable par la mobilité incessante de ses parois et l'abondance des mouvements qui se produisent à l'occasion des actes physiologiques de l'alimentation.

De cette discussion, il ressort que des causes banales viennent fréquemment irriter la muqueuse buccale, et contribuer ainsi à la formation des accidents de la syphilis. Mais il est bien certain que ces circonstances ne jouent qu'un rôle secondaire et accessoire. Car en dehors d'elles et en leur absence totale, les plaques muqueuses peuvent se dévelop-

per spontanément et présenter les caractères les plus précis de cette lésion, ainsi que toute la gamme de leurs variétés.

Nous aborderons, à présent, l'examen des différents aspects particuliers que peuvent revêtir les plaques muqueuses, afin de pouvoir le cas échéant les reconnaître et les différencier de lésions d'autre origine, ayant un aspect analogue.

D'une part, la clinique nous montrant la simultanéité avec laquelle les lésions syphilitiques des muqueuses et de la peau apparaissent, évoluent, guérissent chez le même individu; d'autre part, l'histologie pathologique décelant les caractères communs aux deux genres de lésions; il nous paraît juste de croire l'opinion des auteurs, suivant laquelle ces lésions identiques par leur étiologie relèveraient d'une pathogénie semblable et seraient par conséquent tout à fait assimilables les unes aux autres : celles-ci étant les homologues de celles-là, leurs différences de forme s'expliquant uniquement par la différence de leur siège et de leur ambiance.

Les histologistes nous ont appris que la lésion élémentaire de la syphilis à la période secondaire était constituée par la présence dans le chorion papillaire d'une inflammation endovasculaire et d'une légère infiltration causée par l'apparition de nouvelles cellules spécifiques appelées plasmocytes.

Nous retrouverons ces caractères fondamentaux dans tous les accidents secondaires. A propos de chaque variété, nous exposerons les diverses modifications microscopiques et les éléments surajoutés qui en éclaireront et en expliqueront les divers aspects cliniques.

Les diverses variétés de cette lésion sont avant tout fonction de l'intensité et de la gravité de l'infection générale; mais quelques causes accessoires, que nous allons énumérer tout d'abord, peuvent contribuer à former leurs caractères particuliers.

Dans la bouche, la salive qui en baigne constamment toutes les parois, imprègne les couches épithéliales siégeant sur la lésion, les macère en quelque sorte et leur donne un aspect spécial, sur lequel nous insisterons plus loin.

L'alcool et le tabac, que nous avons précédemment invoqués comme circonstances accessoires pouvant favoriser l'éclosion des plaques muqueuses, peuvent influencer sur le degré d'intensité des lésions, lorsqu'ils se rencontrent isolés ou réunis chez le même individu.

Les infections banales peuvent aussi prendre rang parmi les conditions étiologiques fortuites, et marquer leur empreinte sur les plaques muqueuses de la gorge.

De leur côté, le malade et le médecin, par les moyens d'hygiène et de thérapeutique qu'ils met-

tront en œuvre, pourront modifier à leur tour de la façon la plus heureuse l'aspect de ces lésions.

En tenant compte de tous ces facteurs, il nous sera plus facile de comprendre la description des diverses formes de plaques muqueuses de la bouche qu'on a coutume de grouper en trois catégories principales : la première représentée par la forme érythémateuse; la deuxième, la forme papulo-érosive; la troisième, la forme ulcéreuse souvent diphthéroïde.

La forme érythémateuse apparaît comme la plus simple de ces lésions. Elle représente sur la muqueuse une figure analogue à celle que revêt la tache de la roséole sur la peau, dont elle est l'homologue.

Les couches épithéliales qui la recouvrent sont érodées superficiellement et suffisamment amincies pour laisser transparaître la coloration rose vif du derme sous-jacent. De plus on peut remarquer que cette coloration est rendue plus brillante et vernissée par la présence à sa surface d'un exsudat limpide qui est le produit de la sécrétion séreuse continue de la plaque muqueuse.

Cette sécrétion est importante à noter puisque c'est elle qui apporte à la surface de la muqueuse les germes qui pullulent dans les couches profondes de la lésion, acquérant de ce fait une virulence excessivement redoutable; puisqu'il est admis ac-

tuellement que c'est à cette cause qu'on doit la grande majorité des contaminations nouvelles et la propagation de la maladie.

Si on ajoute que la lésion est plate, sans aucune surélévation par rapport aux régions voisines, qu'elle s'en trouve séparée par des bords nets, comme faits au pinceau, que sa configuration est généralement orbiculaire ou ovale, et que ses dimensions varient de celle d'une lentille à celle d'une amande, on aura une représentation à peu près complète de cette première catégorie de plaques.

L'érythème vermillon syphilitique du voile du palais, longuement décrit par le Docteur Benoist, rentre dans le cadre de cette première classe. A nos yeux sa thèse présente un grand intérêt, puisqu'elle nous offre, avec l'appui de plusieurs observations, une lésion érythémateuse, dont la configuration topographique est précisément la même que celle que nous nous proposons de décrire comme type général susceptible de se rencontrer dans toutes les catégories de plaques muqueuses.

Le Docteur Thollon, quelques années plus tard, apporta une nouvelle observation personnelle d'érythème vermillon du voile du palais. Nous ne manquerons pas de la citer plus loin, car elle vient aussi à l'appui de notre thèse.

La forme la plus commune de syphilides mu-

queuses buccales est celle qui constitue notre deuxième catégorie, et à laquelle nous avons donné la dénomination de forme papulo-érosive. Elle représente sur la muqueuse buccale l'équivalent morphologique des plaques érosives des organes génitaux, et des plaques cutanées de Bazin. Nous y retrouvons la plupart des caractères de la première catégorie. Aussi nous bornerons-nous à en noter les différences.

Nous voyons l'hépithélium considérablement hypertrophié, desquamé à peine dans les parties superficielles, formant sur la lésion un revêtement plus ou moins opaque suivant l'épaisseur et le nombre des couches épithéliales qui le composent.

Nous savons aussi que les éléments cellulaires de l'épithélium présentent un état vacuolaire, et que dans leurs interstices se glissent avec une sécrétion séreuse quelques globules de pus, susceptibles de se grouper en amas qui forment des abcès minuscules destinés à être évacués au dehors par des orifices invisibles à l'œil nu.

Le derme sous-jacent est le siège d'une infiltration de cellules embryonnaires suffisamment abondante pour soulever et tuméfier les papilles choriales.

Ces quelques détails histologiques nous rendent nettement compte des caractères morphologiques de la lésion qu'il nous reste à décrire. Pour décrire

ces derniers signes, suivant leurs diverses nuances, la littérature médicale offre les comparaisons les plus frappantes et les plus expressives. La richesse et le luxe des descriptions étant d'ailleurs justifiés par l'importance clinique que possède cette forme de plaque muqueuse, en raison surtout de sa grande fréquence et de ses nombreuses variétés.

Elle est constituée par une papule élevée d'un à deux millimètres au-dessus de la muqueuse normale, semblant aplatie et même déprimée dans sa portion centrale, ne laissant en saillie que les bords qui marquent ainsi plus nettement leurs contours arrondis, ovalaires ou circonés.

Ses dimensions oscillent entre celle d'une lentille et celle d'une pièce de cinquante centimes.

Mais la pureté de sa configuration est déformée le plus souvent, à cause des diverses irrégularités de surface que présente la cavité buccale. Ce n'est guère que lorsqu'elle se déploie sur une surface régulière et plane, comme le voile du palais, qu'elle conserve ses caractères fondamentaux; circonstance qui se trouve particulièrement réalisée dans le type de plaque muqueuse géante du voile du palais. L'aspect peut ressembler à celui d'un verre dépoli ou à celui que provoque sur une muqueuse une application de nitrate d'argent. La teinte peut être grise ardoisée ou cendrée, gris perle ou opaline, blanche très légèrement bleuâtre, enfin devenir lai-

teuse ou même un peu jaunâtre, aspect qui se trouve exactement réalisé par la forme diphtéroïde. La surface peut être lisse ou légèrement inégale et donner lieu à de remarquables ressemblances avec du papier Joseph imbibé et ramolli par l'eau. Elle est érodée par places et devient quelquefois granuleuse, présentant des grains comparables à des grains d'amidon bouilli.

Il ne nous reste plus qu'une catégorie à mentionner : celle où l'érosion des couches épithéliales accroît considérablement son importance et se transforme en une véritable ulcération. — L'épithélium desquame en totalité et laisse apparaître le derme représenté par des papilles choriales qui sont érodées par endroits, tuméfiées mais aussi aplaties et diminuées de hauteur. A la surface de cette ulcération transude continuellement une sérosité abondante éminemment contagieuse. Les bords nous présentent une collerette plus ou moins flottante d'épithélium hypertrophié et rompu. Enfin cette ulcération peut se recouvrir d'une fausse membrane qui en imposera, tant par son aspect macroscopique, que microscopique, pour une fausse membrane de diphtérie. En effet, elle est constituée par un feutrage serré, formé par un réseau de fibrine coagulé et ramifié, renfermant dans ses mailles des globules de pus et des cellules épidermiques desquamées.

Les caractères cliniques de son évolution et de son étiologie suffisent en général pour permettre d'en diagnostiquer la véritable nature.

Elles représentent une forme grave et tenace de la lésion qui s'accompagne alors, presque toujours, d'un mauvais état général, et d'adénopathies plus ou moins volumineuses, enfin de dysphagie intense.

On trouve le plus souvent la cause de cette gravité, dans la réunion et l'intensité des circonstances étiologiques accessoires que nous avons signalées précédemment, à savoir : l'abus du tabac et de l'alcool, une mauvaise dentition, une hygiène buccale défectueuse ou insuffisante, enfin l'association fortuite d'une infection, comme il s'en développe souvent dans la zone amygdalienne.

Telles sont les diverses transformations que peut subir la plaque muqueuse syphilitique, constituant à ses divers stades d'évolution les types anatomiques qu'on lui décrit classiquement.

Mais aucun de ces états, pris en particulier, n'offre de marques absolument spécifiques de leur origine, et A. Fournier a insisté à plusieurs reprises sur ce fait, et a déclaré notamment qu'« il n'est pas permis d'affirmer qu'une lésion buccale soit une plaque muqueuse de par les seuls caractères d'objectivité. »

Ces diverses formes ne représentent guère que des schémas, ressemblant aussi bien à des lésions banales, modifiables à l'infini suivant leur nombre,

leur confluence, leur configuration, leur siège, leur évolution et leur sensibilité.

Leur nombre est extrêmement variable et livré au caprice de la maladie. Elles peuvent être uniques ou multiples. A ce propos, nous devons signaler qu'à l'inverse d'autres lésions infectieuses, leur multiplicité ne provient pas, ainsi qu'on pourrait le croire, d'auto-inoculations successives; toutes les expériences pratiquées à cet effet sont demeurées négatives, ce qui prouve bien le caractère spontané de l'éruption unique ou multiple, suivant sans doute l'intensité de l'infection générale. Lorsqu'elles sont nombreuses, elles se disséminent sans aucun ordre apparent. Parfois cependant, elles paraissent distribuées assez régulièrement, se rapprochent les unes des autres, puis deviennent confluentes et prennent une configuration tout à fait nette, qui est le plus souvent courbe, quelquefois même circulaire, autant que le permettent les régions anatomiques sur lesquelles elles reposent. Autour de l'orifice buccal, en suivant les bords des lèvres, puis les commissures, les plaques réalisent un type orbiculaire. De même, la langue peut se trouver complètement entourée par des lésions qui, par leur confluence, représentent une sorte de bague : c'est la forme annulaire. Voilà deux configurations auxquelles les auteurs reconnaissent une valeur symptomatique. A Fournier l'admet comme exception à

la règle qu'il a énoncée lui-même, pour défendre l'établissement du diagnostic de syphilis d'après le seul examen des signes objectifs d'une lésion de la muqueuse buccale.

Il est enfin une autre forme orbiculaire offrant un cachet très spécial, c'est celle qui siège autour de l'isthme du pharynx. Elle possède au même titre que les deux autres une valeur certaine pour le diagnostic de la syphilis. Les descriptions classiques insistent fort peu sur ce sujet, que nous décrirons plus longuement, après avoir exposé plusieurs observations qui en présentent des exemples originaux.

Les symptômes subjectifs sont parmi les plus sujets à variation et à confusion. Le ptyalisme n'apparaît guère que dans les formes graves produites par l'association d'infections secondaires.

La douleur manque habituellement, mais elle peut apparaître et se manifester spontanément particulièrement à l'occasion des mouvements de la déglutition, alors même que l'exploration de la gorge par un stylet ouaté ne réveille aucune douleur provoquée. Ce signe prend alors une grande valeur, d'autant plus qu'il se présente quelquefois comme la première manifestation de la maladie, et peut mettre ainsi le médecin sur la voie du diagnostic. Aussi est-il bon de retenir et de fixer dans sa mémoire le précepte suivant, émis par le Docteur Ga

rel : « La dysphagie prolongée plus de trois semaines doit faire penser à la syphilis à ses trois périodes. » Cette maxime est surtout importante à considérer aux périodes primaire et tertiaire de la syphilis. Elle est aussi très juste quelquefois au cours de la période secondaire.

Pour terminer cette revue des signes généraux des plaques muqueuses bucco-gutturales, il ne nous reste plus qu'à dire un mot de leur évolution, qui a une importance pratique assez grande.

Nous avons dit plus haut qu'elles apparaissaient spontanément et qu'en somme elles étaient suivant la formule d'Hillairet « de toutes les périodes de la syphilis ». On retrouve dans son évolution la même irrégularité d'allures que dans ses autres symptômes. Leur développement, leur période d'état, comme leur guérison échappent à toute règle fixe. Cependant elles cèdent le plus souvent assez facilement, lorsqu'elles sont traitées précocement, à l'aide du traitement général spécifique de la syphilis. Les traitements locaux, soit par le nitrate d'argent, soit par le nitrate acide de mercure, ne sont nullement indispensables; ils sont même quelquefois gênant, en modifiant l'aspect des lésions et permettant moins facilement de poursuivre l'examen de leur évolution; toutefois, ils gardent une certaine valeur au point de vue prophylactique, bien que la stérilisation des plaques, obtenue par

une action locale aussi passagère, paraisse bien superficielle et bien fugace.

De toute manière le pronostic des plaques muqueuses est bénin dans la plupart des cas. Il est possible de les voir guérir assez rapidement, en l'absence même de tout traitement. Elles guérissent toujours sans laisser de séquelles, ni même de traces.

Par contre, elles prennent une certaine gravité par un autre trait de leur évolution, qui est leur tendance marquée à la récurrence. Après qu'une première poussée a guéri avec ou sans traitement local, il n'est pas rare d'en voir se produire de nouvelles, soit à la place des anciennes, soit occupant un siège différent. Ces rechutes paraissent imputables à l'absence ou à l'insuffisance du traitement général antisyphilitique. On ne constate plus guère ces faits que chez des malades ignorant leur maladie, ou négligeant de se soigner sérieusement. Au point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes, cette évolution spéciale constitue un grave danger et une grosse difficulté à vaincre. En pratique le médecin, consulté sur le pronostic de cette lésion, sera obligé de faire des réserves, en indiquant la possibilité d'une reprise des accidents après leur guérison, récurrence d'autant plus redoutable que se développant avec une réelle insidiosité et évoluant parfois avec une latence absolue, elle laisse le su-

jet qui en est porteur complètement ignorant de la source de contamination qu'il porte en lui, et du danger qu'il fait courir à ceux qu'il fréquente.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous exposerons dans ce chapitre les huit observations que nous avons recueillies.

Quatre d'entre elles sont extraites de la littérature médicale; nous les résumerons succinctement en indiquant leurs références à la Bibliographie pour plus amples renseignements. Les quatre autres sont personnelles. Nous les exposerons plus minutieusement, car elles ont été les modèles de notre description, et les exemples vivants qui nous ont permis de contrôler l'exactitude des caractères que nous avons développés dans cette étude.

Pour que leur lecture présente le maximum d'intérêt, nous avons jugé bon de les classer suivant la variété de leurs caractères anatomiques, ainsi que nous avons déjà fait pour la description générale des plaques muqueuses. Nous présenterons donc dans l'ordre : les observations de syphilides érythémateuses; celles de syphilides papulo-érosives;

celles de syphilides ulcéreuses et diphtéroïdes.

D'abord, voici une observation du Docteur Thollon, comme exemple de la première catégorie. Elle reproduit le type de l'érythème vermillon syphilitique du voile du palais.

OBSERVATION I (D^r Thollon)

Une femme vient consulter pour une angine qui dure depuis un mois. Elle rappelle qu'elle a eu un chancre il y a 2 mois, suivi peu après de roséole et de chute de cheveux. A l'examen de la gorge, on voit un érythème vermillon autour des piliers et de la luette, s'étendant sur une hauteur de 1 à 1 cent. 1/2. Ses bords étaient presque rectilignes ou légèrement sinueux, mais bien tranchés. Sa surface veloutée et très légèrement boursoufflée. Il y avait une dysphagie marquée. On trouvait d'autres plaques muqueuses dans la bouche et à la région vulvaire, sur les grandes lèvres.

Pas d'adénopathie. Le traitement antisypilitique est institué. Une quinzaine de jours après, l'érythème a pâli et présente à sa place quelques nouvelles plaques opalines. La dysphagie a entièrement disparu.

Nous pourrions citer à cette place les observations de la thèse du Docteur Benoist qui donne de nombreux exemples d'érythème vermillon semblable à celui que nous venons de décrire. Leur description reproduit le même type d'une manière si exacte, qu'elles semblent calquées les unes sur les autres

et que nous avons pensé que leur relation ici, encombrerait un peu cet ouvrage.

A propos de la deuxième catégorie de plaques, qui sont certainement les plus fréquentes, nous relaterons d'abord l'observation du Docteur Leuhardt, puis les quatre observations que nous avons relevées nous-mêmes.

OBSERVATION II (D^r Leuhardt)

Il s'agissait d'un jeune soldat se plaignant d'une angine durant depuis 8 mois, n'ayant été précédée ni accompagnée d'aucun symptôme morbide. A l'examen de la gorge on voyait : « sur une largeur d'un centimètre à peu près, toute l'arcade, formée par les piliers antérieurs du voile et la luette, recouverte d'une bordure d'un blanc jaunâtre à surface irrégulière, à bord supérieur festonné ». Un mince liséré pourpre entourait la lésion. L'enduit superficiel se détachait partiellement au pinceau. La face postérieure du voile et des amygdales étaient saines. On notait un seul ganglion sous-maxillaire.

Le traitement antisypilitique amena la guérison rapide, sans que le malade ait jamais présenté d'autre stigmate de syphilis.

OBSERVATION III (Personnelle)

Mademoiselle H..., 26 ans, gouvernante, entrée à l'Hôpital Saint-Louis, salle Alibert, n° 19, dans le service du Docteur Thibierge, le 19 octobre 1920. Venue consulter la veille pour une gêne douloureuse de la dé-

glutition persistant et s'aggravant depuis un mois et demi.

A l'examen de la gorge (fig. I), on aperçoit une lésion dont la surface s'étend symétriquement le long de la limite postérieure du voile du palais, qu'elle entoure complètement d'un bandeau à peu près uniforme, d'environ un centimètre et demi de hauteur. Ce bandeau semble former une gaine autour des piliers antérieurs et de la luette. Il se termine en bas des deux côtés, en diminuant progressivement d'épaisseur, jusqu'à la naissance même des piliers. La lésion présente par ses autres caractères morphologiques, l'aspect ordinaire des plaques muqueuses syphilitiques. Sa surface toute entière est recouverte d'un vernis opalin, lisse et humide. Si on essaye avec un porte-coton de frotter cette surface pour essayer d'en détacher l'enduit qui le recouvre, on constate qu'il est extrêmement adhérent, et on échoue. Cette manœuvre n'est pas douloureuse le moins du monde et très bien supportée à plusieurs reprises par la malade. Le centre de la lésion semble à peine surélevé d'un millimètre au-dessus des parties saines, dont il est séparé par un fin liséré carminé d'un ou deux millimètres de large, marquant nettement les bords qui sont extrêmement réguliers, et présentant une courbure presque gracieuse qui traverse la voûte palatine parallèlement à son bord postérieur concave.

L'examen oto-rhino-laryngologique complet reste négatif. On ne découvre pas d'autres lésions ni dans l'arrière-gorge, ni dans la bouche, qui est en parfait état d'entretien. La malade ne fume pas et n'a pas de carie dentaire. La palpation du cou décèle la présence d'un petit ganglion sous-maxillaire, gros comme un pois,

indolore et mobile. Pas d'autres adénopathies dans les régions accessibles à la palpation.

La malade ne présentait aucune autre manifestation de syphilis sur le reste du corps. Elle n'avait souvenir d'aucun autre accident cutané survenu dans son passé.

On note dans ses antécédents personnels, un enfant, né à terme le 30 juillet 1920 (il y a 2 mois), d'abord bien portant en apparence, puis décédé à l'âge de 35 jours avec des symptômes de méningite.

Jamais de fausses couches.

L'examen systématique de tous les organes ne révèle rien d'anormal.

Traitement général, constitué par l'association d'injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure, et d'injections hebdomadaires intraveineuses de novarsénobenzol.

Traitement local, constitué par le nettoyage des dents et de gargarismes avec une solution de chlorate de potasse.

Le 25 octobre. — La lésion semble un peu moins saillante et déjà diminuée d'étendue. Plus de dysphagie.

Le 29 octobre (fig. II). — La surface opaline de la lésion se réduit nettement, la pointe de la luette est dégagée, tandis que sa base est encore partiellement recouverte par les extrémités supérieures des deux plaques latérales résultant de la disjonction de la plaque primitive. Le liséré carminé a disparu, car l'exsudat blanchâtre se réduisant a découvert une surface rouge moins intense, qui occupant sa place forme une bordure assez large, qui s'estompe progressivement et se fond avec la teinte normale de la muqueuse du palais. Les extré-

mités inférieures régressent aussi pour leur part et semblent remonter le long des piliers antérieurs.

Le 3 novembre (fig. III). — La surface blanchâtre est réduite à deux petits croissants symétriques, reposant par leur concavité sur les deux piliers antérieurs vers le milieu de leur hauteur; ils sont épais environ d'un centimètre et longs de deux centimètres.

La teinte blanchâtre a pâli beaucoup et laisse deviner au-dessous la coloration du derme enflammé; elle devient ainsi plus franchement opaline et même violet clair. La bordure rouge a gagné en étendue ce que le centre de la lésion a perdu en se réduisant; mais elle est devenue moins foncée, un peu vineuse, et moins congestive. Elle régresse elle aussi par sa périphérie, mais moins vite.

Le 9 novembre. — La malade présente une gorge d'aspect absolument normal.

OBSERVATION IV (Personnelle)

M. R..., 44 ans, ouvrier agricole, consulte à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du Docteur Thibierge, le 26 octobre 1920, pour dysphagie douloureuse surtout accentuée le soir, existant depuis un mois et demi, et coïncidant avec des papules croûteuses des régions labiales et géniennes.

A l'examen de la gorge (fig. IV), on découvre une lésion à peu près symétrique, siégeant sur la partie postérieure du voile du palais, ayant la forme d'un vaste arc de cercle entourant l'orifice du gosier et recouvrant en même temps les deux piliers antérieurs et la luette. Cette lésion avait environ deux centimètres de hauteur, peut-être un peu plus du côté droit. Sa surface était cou-

verte d'un enduit grisâtre d'épaisseur assez irrégulière, et comme bosselée. Ses bords peu nets étaient par places presque effilochés. Autour une auréole congestive assez large, se fondant avec la coloration des parties saines.

A la face, près de la commissure labiale gauche, se trouve une plaque papulo-croûteuse, arrondie, du diamètre d'une pièce d'un franc. Trois autres petites plaques lenticulaires disséminées dans la moustache. Dans les narines, sur la muqueuse, le pourtour des deux orifices narinaires est tapissé de plaques muqueuses papuleuses.

La palpation découvre quelques ganglions, dans la région jugulaire, gros comme un pois ou une amande, mais indolores et mobiles. Quelques autres ganglions aux régions axillaires et inguinales. Pas d'adénopathie sus-épitrochléenne cervicale postérieure, ni sus-claviculaire.

Le malade ne se souvient pas d'avoir eu aucun autre accident syphilitique, ni chancre, ni roséole, ni céphalée, ni alopécie.

L'examen des autres organes ne révèle aucune anomalie.

L'examen oto-rhino-laryngologique ne révèle pas d'autre lésion que celles précédemment décrites.

La dentition est défectueuse; cinq molaires manquent à la mâchoire inférieure, il y reste deux chicots. Le malade est fumeur et aime les petits verres.

Le traitement est institué avec des injections intra-veineuses quotidiennes de cyanure de mercure, puis en même temps une série d'injections intraveineuses hebdomadaires de novarsénobenzol.

Localement le malade prend des soins de bouche et cesse de fumer.

Le 29 octobre (fig. V). — La lésion présente à peu près la même étendue, mais semble moins infiltrée et moins congestive.

Le 3 novembre (fig. VI). — La lésion régresse notablement. La surface grisâtre est divisée au milieu, découvrant la luette. Ses extrémités inférieures, qui recouvraient auparavant les bords latéraux de la langue sur une longueur de deux centimètres, ont franchement rétrocedé. De plus la couche blanchâtre semble diminuer d'épaisseur et laisse transparaître par places la teinte rouge violacée du derme sous-jacent. L'irrégularité de sa surface lui donne l'aspect gaufré ou même réticulé. Les bords sont encore moins précis.

Le 10 novembre. — La plaque est nettement divisée en deux autres plaques séparées par un intervalle de surface de moins en moins congestif. Ces deux plaques sont encore vaguement symétriques. La droite présente encore le même revêtement gris mamelonné; sa teinte est plus claire, elle devient nettement opaline ou violet pâle dans les interstices du réseau. Ses limites sont rapprochées et ont à peu près les dimensions d'une amande. Les bords sont encore moins bien tracés, ils deviennent flous, et laissent déborder quelques tractus gris qui pâlisent et se fondent sur place avec les régions voisines, sans régresser vers le centre de la lésion. Du côté gauche, la surface de la plaque est lisse, gris bleuâtre, de la dimension d'une pièce de 50 centimes; à bords lisses se fondant par une transition insensible avec la coloration du voisinage.

Le 20 novembre. — La dysphagie n'existe plus. Les

piliers présentent encore une teinte rouge vineuse; mais sans plaques grises ou opalines; celles-ci ont disparu en s'estompant sur place alors qu'elles avaient encore des dimensions variant de celles d'un pois à celles d'une amande.

Les plaques papulo-croûteuses de la face ont considérablement diminué d'épaisseur et n'ont plus que des croûtes superficielles, peu épaisses.

Les lésions du nez subsistent encore, bien qu'elles ne soient plus papuleuses du tout et paraissent en voie de cicatrisation.

Ces deux malades ont des histoires intéressantes dont nous pourrions tirer quelques conclusions utiles, en les rapprochant et en les comparant l'un à l'autre.

Ni l'un, ni l'autre ne soupçonnait leur maladie; la première était venue consulter pour dysphagie, le deuxième à la fois pour des plaques muqueuses qu'il avait depuis deux mois et une dysphagie qui devenait de plus en plus vive et douloureuse. Le symptôme, si bien mis en relief par Garel, a donc pris ici toute sa valeur révélatrice, puisque l'interrogatoire ne révélait aucun antécédent syphilitique.

En recherchant les causes accessoires qui auraient pu favoriser la localisation des plaques à la gorge, nous ne les avons trouvées présentes que chez l'un de nos deux malades. Le rôle qu'elles peuvent jouer dans la production de ses lésions

nous semble donc assez douteux. On ne saurait même leur attribuer une valeur dans la persistance des lésions, comme on serait tenté de le croire, du fait que c'est notre malade, chez qui elles se trouvaient réunies, qui guérit le plus lentement. En effet chez ce malade, homme ayant une mauvaise dentition, fumant et buvant, nous avons vu les lésions homologues de la peau suivre la même évolution et régresser dans la même période plus lentement encore que les lésions muqueuses.

Par conséquent la résistance des lésions au traitement semble avoir été plutôt causée par l'intensité de l'infection syphilitique, que par l'influence des circonstances accessoires qui auraient pu agir sur les lésions muqueuses, mais non sur les lésions cutanées.

Nous exposerons maintenant deux autres observations qui ne montrent pas une plaque géante typique, mais présentant des lésions qui par leur disposition semblent se rapprocher de cette forme et pouvoir en être considérées comme une variété ou une ébauche.

OBSERVATION V (Personnelle)

Mlle A...., entre Salle Alibert, n° 36, à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du Docteur Thibierge, le 10 novembre 1920. Elle est venue consulter pour plaques muqueuses douloureuses et hypertrophiques de la ré-

gion ano-vulvaire, ayant débuté il y a trois mois. Il y a deux mois, elle avait souffert d'une forte angine (?) qui l'avait retenue à la chambre avec un état mauvais et de la fièvre, pendant une quinzaine de jours.

Actuellement (fig. VII) elle présente à la gorge une plaque opaline, du type le plus banal, siégeant sur le pilier antérieur gauche, environ à mi-hauteur; elle semble coiffer ce pilier comme d'un bonnet phrygien; sa taille est semblable à celle d'une amande. Elle est couverte d'un enduit gris opalin intimement adhérent, d'épaisseur un peu inégale, donnant l'aspect un peu gaufré ou marbré; ses limites sont nettes et marquées par un bord arrondi, constitué par un liséré rouge vif d'environ deux millimètres de large. La plaque est franchement papuleuse, et fait une saillie moyenne de deux ou trois millimètres.

Le pilier droit est un peu rouge, principalement en son milieu, mais il ne présente pas de plaques grises.

La dentition est bonne et la malade ne fume pas.

La palpation du cou décèle la présence de nombreux ganglions, qui paraissent d'ailleurs en rapport avec une phthyriase abondante du cuir chevelu.

La malade est mise au traitement général par injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure et par injections intraveineuses hebdomadaires de novarsénobenzol. Quelques soins hygiéniques de la bouche et des dents constituent le seul traitement local.

Le 15 novembre. — L'enduit grisâtre a diminué d'étendue et d'épaisseur. De plus, il a pâli laissant entrevoir sous lui la teinte violacée de la muqueuse congestionnée. Ses bords sont devenus flous, et se prolongent sans démarcation avec une auréole congestive,

qui l'entoure sur un centimètre de large environ, et se confond insensiblement avec les tissus voisins.

Le 20 novembre. — Il n'y a plus de teinte grise, mais à peine un peu de rougeur diffuse à la place de la lésion guérie.

OBSERVATION VI (Personnelles)

M. R..., 29 ans, mécanicien, vient consulter à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service du Docteur Thibierge, le 23 novembre 1920, pour plaque de la bouche. Il a commencé à souffrir de la gorge en fin juillet. Huit jours après, il s'est plaint des oreilles; il présentait alors quelques taches rouges sur la face et sur le tronc.

En août et en septembre, la dysphagie est devenue si forte que le malade avalait à grand peine ses bouillies. En octobre, il a de la céphalée, de l'alopécie, puis de la surdité de l'oreille gauche; l'oreille droite étant déjà sourde depuis son enfance. Cette surdité était accompagnée de bourdonnements et de sifflements qui aggravaient le tourment du malade.

A l'examen de sa bouche, on découvre actuellement, dans le sillon gingivo-labial droit, une plaque muqueuse d'environ trois centimètres; sur le plancher de la bouche du côté gauche, une autre plaque des dimensions d'une pièce de un franc, recouverte d'un enduit opalin, lisse et brillant, au centre duquel se trouvait une sorte de pastille de la grandeur d'une grosse lentille, constituée par une fausse membrane blanc jaunâtre ayant l'aspect mat. Ces diverses lésions n'offraient aucune saillie sur les tissus voisins et avaient des limites circulaires bien tracées.

(Fig. VIII). Sur le pilier et l'amygdale gauche tumé-

fiée et saillante, une plaque opaline des plus caractéristiques; ayant la surface d'une pièce de deux francs, circonscrite d'un mince liséré rouge vif.

Quant au pilier antérieur droit, une rougeur diffuse le recouvre sur presque toute la hauteur.

La dentition est généralement mauvaise, on trouve deux chicots à la mâchoire inférieure. Le malade fume.

Il y a quelques ganglions sous-maxillaires petits et mobiles. Quelques gros ganglions inguinaux.

Pas de trace, ni de souvenir du chancre initial.

Nous n'avons pu suivre le malade qui n'est plus venu se faire soigner dans le service.

Ce dernier cas servira de transition toute naturelle entre les observations de la deuxième catégorie concernant les plaques papulo-érosives et la troisième se rapportant aux plaques ulcéreuses et diphtéroïdes. En effet nous voyons chez ce dernier malade que les plaques se sont revêtues par endroits d'une fausse membrane, dont la présence coïncide avec une évolution particulièrement grave de la lésion, qui n'étant pas soignée, a provoqué des symptômes fonctionnels et généraux assez importants et inquiétants.

Nous allons exposer à présent des exemples de la troisième catégorie. Ces formes sont plus rares; on peut en trouver cependant de nombreux cas cités dans la littérature médicale, témoins ceux qui vont suivre. Nous les avons résumés très brièvement afin de noter et de mettre en relief le carac-

tière spécial de leur topographie qui seul nous intéresse en ce moment.

OBSERVATION VII (Ch. Mauriac)

Un homme est atteint de chancre infectant en février 1882. Six semaines après, il a des plaques confluentes de la gorge, recouvrant les amygdales, les piliers et le voile du palais. On institue le traitement mercuriel et on fait des cautérisations locales. Après deux mois, les plaques sont devenues érosives, diphtéroïdes et douloureuses, l'état général est encore assez bon. En mai, les plaques deviennent ulcéreuses sur plusieurs points, couvertes de concrétions opalines et diphtéroïdes. La déglutition est devenue douloureuse. On note une ulcération transversale à la base de la langue, dont les bords sont taillés à pic. A la fin de juin, la guérison est obtenue. Le malade n'a jamais présenté d'accidents cutanés.

OBSERVATION VIII (Hautement)

Un homme ayant eu un chancre en novembre 1887 est traité par des pilules. Vers la fin janvier, il est pris de douleurs à la gorge accrues par les mouvements de déglutition et de phonation; il présentait un mauvais état général. Il se repose quelques jours puis reprend son travail. Le 20 février, il se produit une rechute, avec douleur propagée aux oreilles, quelques ganglions gros et douloureux. Il avait en outre, une éruption papuleuse cuivrée généralisée, des croûtes à la tête. Le 7 mars, la dysphagie est devenue intense, l'haleine n'est pas fétide; mais l'examen de la gorge montre les

deux amygdales tuméfiées recouvertes d'une fausse membrane gris blanchâtre, comme diphtérique. L'exsudat gris, qui est très adhérent, recouvre aussi la luette et les piliers sur toute leur hauteur et sur une largeur de 4 à 6 millimètres. La lésion est complètement indolente; les bords en sont réguliers et surélevés, circonscrits par une zone inflammatoire rouge violacée. La paroi postérieure pharyngée est normale. Quelques gros ganglions péripharyngés. Sur la peau, on trouvait en même temps une éruption papuleuse généralisée, croûteuse à la tête.

On institue le traitement par des pilules de protoïdure, et par les gargarismes antiseptiques.

Le 10 mars. — La luette et la partie supérieure sont dépouillées de fausse membrane.

Le 20 mars. — La guérison est presque complète.

Le 23 mars. — Reprise de la dysphagie et de l'otalgie, un nouvel enduit pultacé recouvre les amygdales.

Le 29 mars. — Amélioration et sortie.

OBSERVATION IX (Battier)

Un homme atteint de chancre en janvier, se présente le 12 mars avec une roséole, et une adénopathie généralisée. Il est traité par des pilules de protoïdure et des gargarismes. Le 25 mars, la dysphagie apparaît, accompagnant une production blanchâtre qui recouvre les piliers du voile du palais et la luette, et qui est très adhérente.

Quelques gros ganglions sous-maxillaires; un peu de fièvre.

4 avril. — Amélioration.

20 mai. — Guérison.

Nous ne voulons pas terminer cette énumération d'observations sans essayer de faire remarquer et de souligner les traits qui confirment et illustrent les caractères généraux des plaques muqueuses, exposés dans le chapitre I.

Nous constaterons d'abord la fréquence et l'importance, de l'angine syphilitique secondaire, accompagnée de déglutition douloureuse. Puisque dans 4 cas sur 8 (Obs. I, II, III, VIII) elle a été la cause déterminant le malade à venir consulter; et que dans 2 de ces cas (Obs. II et III), l'angine était l'unique manifestation de la syphilis, ce qui lui donnait toute sa valeur symptomatique et a permis au médecin d'établir un diagnostic et un traitement aussi précoce que possible.

Nous nous permettrons aussi de faire remarquer que la dysphagie douloureuse est un symptôme purement fonctionnel; si bien que lorsqu'on touche ou qu'on frotte avec un porte-coton la lésion gutturale, on est surpris de son indolence relative. Ce fait constitue un gros élément pour le diagnostic différentiel ainsi que nous le verrons plus loin.

Nous signalerons enfin l'extrême variabilité de l'intensité de la dysphagie douloureuse. Les plaques évoluent le plus souvent sans douleur et sans signes généraux, se signalant seulement par une petite gêne, ou bien n'étant découverte qu'à l'occasion d'un examen médical méthodique. Tandis que dans

presque tous les cas que nous avons cités et particulièrement dans la catégorie des plaques diphtéroïdes, elles ont provoqué avec de la douleur, un état général mauvais marqué par une température élevée, de la pâleur et de l'abattement, faisant songer quelquefois à l'existence de la diphtérie.

CHAPITRE III

PLAQUE GEANTE DU VOILE DU PALAIS

Dans toutes les observations exposées au chapitre précédent, nous voyons des lésions buccales qui présentent les caractères généraux des plaques muqueuses, et dont la nature ressort indubitablement de leur association avec les autres manifestations de la syphilis, ainsi que de l'efficacité d'un traitement spécifique un peu intensif. Nous trouvons de plus à ces lésions un caractère qui les distingue des lésions syphilitiques habituelles de la gorge : c'est leur disposition en arc de cercle autour de l'isthme du pharynx. La circination, si fréquente dans les manifestations tertiaires, est rare à la période secondaire et donne alors aux lésions un cachet tout à fait particulier. A. Fournier avait déjà relaté une forme semblable, même idéalement plus jolie, puisque le cercle de plaques qui environnait les piliers et la luette en haut, se fermait en

bas par l'intermédiaire de syphilides linguales reposant, en travers, sur la base de la langue.

Nos observations nous montrent l'image d'une circonférence moins parfaite; et dans un de nos cas personnels, nous avons vu que les branches de l'arc de cercle, au lieu de se prolonger transversalement sur la base de la langue, se continuaient d'arrière en avant sur l'origine des bords latéraux de la langue.

Cette lésion prend, en somme, la forme d'une nappe arciforme, bordant les trois-quarts supérieurs de l'orifice du pharynx, enveloppant complètement les piliers antérieurs et la luette d'un bandeau de largeur à peu près uniforme, pouvant varier, suivant les cas, d'un demi à deux centimètres.

L'extension et la régularité de cette plaque lui donne un masque peu banal et particulièrement impressionnant, si l'on songe que les dimensions ordinaires des plaques muqueuses varient de celles d'une lentille à celles d'une amande. Il n'est donc pas excessif de la désigner, comme le fait M. le Docteur Thibierge, sous le nom de plaque géante du voile du palais. Cette pittoresque expression évoque bien l'idée de l'affection qu'elle désigne; elle possède, en outre, à notre sens, l'avantage de frapper l'imagination, de forcer ainsi l'attention de l'étudiant pour qui elle prendra la valeur d'un moyen mnémotechnique, destiné à lui rappeler que

la plaque muqueuse géante du voile du palais est un signe certain de syphilis.

Outre sa grande étendue, cette plaque présente un autre caractère non moins remarquable, qui lui donne une sorte de touche esthétique : c'est la symétrie, plus ou moins parfaite suivant les cas, qu'elle affecte autour d'une ligne verticale, qui, passant par le milieu de la luette, diviserait le pharynx en deux moitiés égales. Certes, nous ne prétendons pas que cette symétrie soit toujours absolument rigoureuse, au point de vue de la géométrie; mais y a-t-il en médecine des lésions dont la topographie puisse être représentée par des lignes géométriques immuables ? Dans la forme type qui est l'objet de notre description, nous n'avons en vue que la présentation d'un schéma, que chacun pourra découvrir souvent, s'il y songe, en regardant attentivement et systématiquement la gorge des malades suspects de syphilis.

En somme, cette lésion, par sa configuration, par son étendue, peut être comparée à la margelle d'un puits. Surmontant concentriquement la partie supérieure de l'orifice du gosier, l'encadrant d'une sorte de portique, elle peut atteindre une hauteur de deux ou trois centimètres, c'est-à-dire toute la hauteur du voile; tandis que sa limite supérieure parfois très nette est dessinée par une courbe parallèle à celle du bord postérieur du voile. Cette

courbure paraît d'une envergure impressionnante, puisque son centre répond au milieu de l'orifice guttural, et que son diamètre apparent comprenant celui de la gorge, augmenté de part et d'autre de la largeur de la lésion, atteint la dimension de six à huit centimètres, soit à peu près toute la largeur de la cavité buccale. La disposition particulière de cette lésion occupant le fond et le milieu de la bouche est telle, qu'au premier examen du malade, elle s'offre d'emblée et de face au regard de l'observateur; de sorte qu'elle semble tapisser toute la muqueuse buccale, faisant ressortir le fond de la paroi pharyngienne qui demeure le plus souvent indemne de toute plaque muqueuse.

Voilà, tracé le dessin de notre type de plaque géante. Pour en avoir un tableau descriptif plus complet, il ne nous resterait qu'à le colorer, en lui donnant les caractères généraux des plaques muqueuses, que nous avons rappelés en tête de cet ouvrage, desquelles il peut prendre toutes les variétés. Mais, il nous a semblé préférable à cette place, d'insister sur sa configuration générale et la disposition de ses contours, qui seuls la définissent exactement.

Nous n'avons rencontré et signalé ce type parfait de plaque géante que dans deux de nos observations personnelles (Obs. III et IV); mais en relisant les deux autres (Obs. V et VI), il nous est aisé

de constater dans les lésions décrites des caractères qui les rapprochent des précédentes et qui font qu'on peut les considérer comme des variétés de celles-ci. En effet nous voyons, dans ces dernières observations, deux lésions, évoluant parallèlement des deux côtés de la gorge, ayant des bords régulièrement arrondis. Ces plaques semblent s'étaler sur les piliers antérieurs, épouser la forme d'un croissant ou d'une arcade, tendant à converger l'une vers l'autre, comme pour venir se rejoindre au milieu de la base de la luette. Ces deux lésions paraissent centrées par deux points symétriques répondant à peu près au milieu de chacun des deux piliers antérieurs. La situation de ces centres ne paraît pas du tout fortuite, car ils sont en rapport dans la profondeur avec les pôles supérieurs des amygdales, par conséquent aussi avec les fosses sus-amygdaliennes que le Professeur Fournier a appelé « nids à syphilides » pour bien marquer la fréquence de l'éclosion des plaques muqueuses à cet endroit.

Il n'est pas rare de voir, à ce niveau, les plaques muqueuses déborder la face postérieure du pilier du voile pour envahir les amygdales, et le pharynx à tous ses étages, nasal, buccal, laryngien. Nous nous bornons à signaler ces propagations, qui présentent un intérêt propre, sans y insister davan-

tage, car elles ne font pas partie intégrante de notre schéma.

Nous avons dit plus haut, que dans sa forme parfaite, la plaque géante formait une nappe d'égale épaisseur autour du bord postérieur du voile du palais. Cette uniformité d'épaisseur s'observe aussi pour les deux arcades ou croissants que nous venons de décrire. Cependant du fait même que ces deux lésions ne se rejoignent pas au-dessus de la luette, il résulte que leurs extrémités supérieures restent arrondies; elles paraissent même renflées, limitées d'une part par le bord libre du voile, d'autre part par la limite supérieure de la lésion, qui après avoir suivi un trajet parallèle au pilier antérieur, s'incurve en bas et forme une espèce de crosse qui vient rejoindre le bord flotant du voile ou l'un des bords correspondant de la luette. Les extrémités inférieures ne se terminent pas de la même manière; elles diminuent plutôt progressivement d'épaisseur et s'effilent en pointe qui vient mourir vers la base des piliers.

En somme, les modifications qui se produisent aux deux extrémités de ces croissants, lui donnent un aspect que nous ne saurions mieux définir qu'en le comparant à un cimier de casque. Telle est la principale variété de plaque muqueuse géante. Entre celle-là et la forme type peuvent se rencon-

trer tous les intermédiaires qui, par une transition facile, nous mèneront de l'une à l'autre.

Les caractères qui établissent un lien commun entre les divers degrés d'extension de la plaque, nous sont apparues d'autant plus nets, lorsque nous avons observé l'évolution même de ces lésions. En surveillant de jour en jour la marche de la plaque géante typique, chez nos deux malades (Obs. III et IV), soumis à un traitement intensif de la syphilis, il nous a été loisible de constater les étapes successives de leur guérison et leur régression progressive.

Ainsi, avons-nous vu la grande arcade, qui engainait au début, en demi-cercle, la moitié supérieure de l'isthme du pharynx, diminuer régulièrement de largeur, puis en même temps de longueur, ses extrémités inférieures effilées remontant le long des piliers intérieurs; enfin au sommet de la courbe se produisait une division séparant la plaque en deux fragments, qui restant disposés symétriquement donnaient l'aspect de double arcade ou de double croissant précédemment décrit. L'écartement des extrémités de ces deux arcades découvrait, au fur et à mesure, d'abord la pointe de la luette, puis la base. Les limites des lésions présentaient alors un dessin formant l'image d'un X italique, dont le point de croisement répondait aussi exactement qu'il est possible de l'imaginer au mi-

lieu de la base de la lnette. Enfin, à une phase plus tardive, la plaque ayant considérablement diminué d'étendue se réduisait au voisinage du milieu du pilier antérieur, à la surface habituelle d'une petite amande. D'ailleurs, en même temps que la surface réduisait régulièrement ses dimensions, l'aspect spécial que présentait le revêtement de la lésion se transformait considérablement, si bien qu'après être passée par toutes les teintes intermédiaires, de blanchâtre qu'elle était primitivement, elle devenait blanc bleuâtre, puis mauve ou lilas, enfin prenait une coloration qui se rapprochait de celle de sa bordure, qui se fondait elle-même avec celle des tissus voisins, tout en restant, à vrai dire, un peu plus foncée, de couleur rouge ou rose vineuse. Ces modifications d'étendue et de teinte se produisant en même temps, les contours de la plaque devenaient petit à petit, moins nets, finissaient pas s'estomper, puis disparaître définitivement, alors que la veille, la surface de la lésion paraissait encore d'un à deux centimètres carrés. A la place de la lésion, il n'était plus possible de constater à ce moment qu'une rougeur diffuse, occupant la zone recouverte auparavant par la plaque géante et reproduisant très vaguement sa forme large et symétrique. Tandis que la plaque possédait un contour bien limité; la rougeur, qu'elle laissait à sa place, se fondait insensiblement avec la

teinte normale de la portion antérieure du voile du palais, ne présentait aucune limite, et n'offrait aucun caractère particulier susceptible de la différencier de la rougeur congestive produite par une angine de moyenne intensité.

Les divers aspects présentés par les plaques muqueuses, au cours de leur évolution, se succèdent en général assez vite, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique intensif, tel qu'il doit l'être en l'occurrence. Aussi l'examen d'un malade déjà traité, ou en cours de traitement, ne montrera généralement que des lésions en voie de guérison, et il ne faudrait pas s'attendre à retrouver les signes caractéristiques qui donnent la signature de la nature spécifique de la plaque géante.

Comme nous l'avons montré, la plaque s'affaisse, l'enduit qui la recouvre s'amincit, se décolore, pâlit, puis disparaît par places, tandis que ses bords d'abord nets deviennent plus flous, régressent concentriquement découvrant le derme enflammé qu'ils recouvriraient tout d'abord. Toutes ces transformations, d'épaisseur, de forme, de bord, de couleur, se produisent plus ou moins simultanément. Chez un malade, sa plaque commence à diminuer rapidement d'étendue; chez l'autre, sans que ses dimensions se réduisent sensiblement, l'exsudat qui couvre la plaque se décolore, se fragmente en petits morceaux imageux, les teintes s'estompent et s'effacent progressivement.

Nous conclurons de toutes ces dissemblances à l'impossibilité d'établir un diagnostic ferme, d'après l'examen d'une plaque géante type en voie de résolution.

Voilà terminée la description de la plaque géante du voile du palais et de ses variétés. Nous avons déjà indiqué que ses caractères topographiques nous paraissaient suffisamment symptomatiques pour permettre de porter le diagnostic de syphilis. Cette opinion, bien qu'elle le paraisse, n'est pas absolument contraire à l'opinion classique disant qu'on ne peut établir le diagnostic de plaques muqueuses buccales d'après leurs seuls caractères d'objectivité. Certes une plaque muqueuse présente des caractères si multiples et si variés, qu'elle ne saurait par sa seule présence permettre de fonder le diagnostic de sa nature; il est de règle pour le faire de rechercher d'autres signes qui par leur simultanéité et leur concordance fixent d'une manière certaine la nature des lésions. Mais toute règle a ses exceptions, et A Fournier lui-même en admet en faveur des plaques confluentes, formant soit une bague autour de la langue, soit un anneau autour de l'orifice extérieur de la bouche; il nous semble légitime de ranger, à côté des types annulaire et orbiculaire, un troisième type, celui de la plaque géante que nous venons de décrire en détail, qui offre comme les deux précédents le ca-

ractère de la circination, et qui par son siège mérite d'être individualisé et reconnu comme pathognomonique de syphilis.

La connaissance de ce type sera d'une grande importance pratique, puisqu'il permettra d'établir, même en l'absence d'autres symptômes de syphilis, le diagnostic et le traitement précoces de cette affection.

Son aspect est d'ailleurs si frappant, si spécial, que lorsqu'on l'a vu une fois, il me paraît difficile de pouvoir l'oublier, et de ne pas la reconnaître, le cas échéant, pour en tirer le meilleur profit en vue de la guérison du malade.

Pour mieux fixer les caractères de la plaque muqueuse géante, et mettre en relief sa valeur sémiologique; il est bon que nous examinions maintenant d'une manière succincte, les diverses lésions capables de lui ressembler par quelques côtés, et ainsi de créer quelques difficultés de diagnostic.

Les lésions les plus banales peuvent prendre parfois l'apparence de plaques, mais un examen un peu attentif nous permettra d'en découvrir les signes distinctifs. Nous apprendrons ainsi, par l'interrogatoire du malade, qu'une lésion suspecte au premier abord, a été produite par la brûlure d'une cigarette ou d'un liquide trop chaud; dans ce cas d'ailleurs, il est bien difficile de concevoir la possi-

bilité d'une lésion assez étendue pour créer une véritable confusion.

Nous avons vu, en étudiant les causes accessoires de l'écllosion des plaques muqueuses, que les érosions dentaires et la carie y contribuaient dans nombre de cas. Nous devons faire remarquer à présent que, même chez des sujets non syphilitiques, ces mêmes causes peuvent provoquer des lésions ressemblant à s'y méprendre à des lésions syphilitiques : on conçoit donc que le diagnostic en soit alors plus délicat et plus incertain. Mais en ce qui concerne la plaque géante, l'erreur ne peut se produire, puisque celle-ci ne présente aucun rapport de continuité ou de contiguité avec les arcades dentaires, alors que les lésions d'origine dentaire siègent toujours à leur voisinage, ou s'y rattachent par une partie dont elles ne sont que le prolongement.

En dehors des renseignements que nous fournit, pour ces deux sortes d'érosions, l'histoire du malade et l'examen de sa dentition; il n'est pas impossible, en général, de rechercher et de trouver des signes objectifs qui leur soient propres. Nous avons déjà signalé que leur étendue était toujours moindre. Leur contour est loin d'offrir la régularité et la courbure des plaques muqueuses. Leur coloration présente aussi un aspect inflammatoire aigu qui peut aider à leur différenciation. Enfin même

les yeux fermés, au cas où le diagnostic resterait hésitant, l'évolution suffirait à nous renseigner; quelques soins hygiéniques de la bouche et surtout des dents permettraient à une observation attentive de voir une brûlure guérir spontanément et rapidement, de même qu'une ulcération buccale se cicatriser après l'ablation d'une dent mauvaise ou ébréchée.

Les maladies bulleuses peuvent aussi quelquefois induire en erreur. Ainsi l'hydroa et la maladie de Duhring, qui sont des dermatoses bulleuses ordinairement généralisées, présentent des lésions buccales qui peuvent exister seules au début de l'affection. Si on a la bonne fortune d'examiner les malades dans les 8 premiers jours, on apercevra vraisemblablement quelques éléments bulleux, ou à un stade un peu plus avancé une érosion rouge, trop rouge même pour être une plaque muqueuse, entourée d'une collerette épithéliale, dernier vestige de la bulle originelle. Plus tard le diagnostic différentiel devient extrêmement difficile, car les lésions bulleuses apparues sur la muqueuse perdent de bonne heure la mince couche épidermique qui les recouvre, et se transforment en érosions arrondies ou confluentes en nappe, dont la surface primitivement rouge vif peut se couvrir d'un voile membraneux, simulant à s'y méprendre, celle de la plaque muqueuse diphtéroïde. La douleur sponta-

née ou provoquée constitue un symptôme important, puisqu'il est franchement accusé dans les éruptions bulleuses, alors qu'il est atténué ou absent dans les lésions secondaires syphilitiques. Enfin au cas où le praticien commettrait une confusion, l'entraînant ainsi à soumettre son malade à un traitement d'épreuve; il n'en résulterait aucun inconvénient ultérieur, car l'évolution des lésions s'accompagnent d'éléments bulleux du tégument externe permettrait facilement de constater l'erreur et de rectifier le diagnostic.

Il est une autre affection bulleuse débutant fréquemment par une lésion buccale : c'est le *penaphigus* chronique, dont on connaît la gravité du pronostic. Dans ce cas, l'état général est très sérieusement atteint; les lésions sont excessivement douloureuses, exhalant une odeur infecte, et s'accompagnant d'adénites aiguës. Heureusement d'ailleurs, cette affection est-elle fort rare. Nous ne la citons ici que pour mémoire. De telle sorte que l'importance de son diagnostic différentiel précoce nous paraît bien réduit en pratique. Si le diagnostic n'est pas posé d'emblée, l'évolution fatale de la maladie ne tardera pas à le révéler, et le malade n'aura rien perdu pour avoir subi un traitement d'épreuve inutile.

Le voile du palais est un siège d'exception pour le chancre syphilitique, et celui-ci n'y présente pour

ainsi dire jamais une étendue aussi considérable que la plaque géante. Son adénopathie volumineuse et indolente offre un signe assez caractéristique.

Les diverses stomatites à forme ulcéro-membraneuse, dont le type est celle de Vincent et dont la stomatite mercurielle n'est qu'une variété, peuvent simuler les plaques muqueuses diphtéroïdes. Elles s'accompagnent de fièvre, de pâleur et d'état saburral. Localement il y a une douleur assez intense, les ganglions sont tuméfiés et douloureux; le tout s'accompagnant de salivation abondante et de fétidité de l'haleine. L'exploration de la lésion montre une fausse membrane, plus ou moins grise, qui se détache sans peine, découvrant une ulcération à fond grisâtre, lie-de-vin, avec détritux sanieux ou pultacés, à bords taillés à pic, et ne reposant pas sur une base indurée.

Telles sont les lésions de la cavité buccale, qui'il est bon d'avoir présentes à l'esprit, pour établir le diagnostic différentiel de la plaque muqueuse du voile du palais.

Il est d'autres lésions, comme les angines, dont l'origine siège au pharynx et plus spécialement aux amygdales, qui par extension envahissent le voile du palais, et peuvent présenter quelque ressemblance avec les lésions syphilitiques que nous avons décrites. Dans ces cas, il nous suffira de constater que le maximum des lésions siège au-delà des pi-

liers antérieurs pour éliminer le diagnostic de plaque géante du voile du palais typique. Si toutefois, celle-ci dépassait ses limites habituelles, et s'étendant au-delà des piliers recouvrait les amygdales, comme il n'est pas impossible; le diagnostic se ferait plus difficilement par les autres signes de l'évolution plus ou moins aiguë de la maladie, et en cas de doute, pour éliminer le diagnostic de diphtérie, il pourrait être nécessaire d'établir un traitement d'épreuve, ou mieux, si les circonstances le permettaient, de recourir aux méthodes d'identification par le laboratoire. Ces éventualités me paraissent d'ailleurs excessivement rares.

CONCLUSIONS

Parmi les lésions muqueuses de la syphilis secondaires, si fréquentes, si multiples et si variées, il en est une espèce qui mérite d'être individualisée; car elle présente, en même temps que tous les caractères généraux des plaques muqueuses, certaines particularités remarquables : c'est la plaque muqueuse géante du voile du palais.

Au point de vue descriptif, sa configuration affecte un type vraiment spécial, qui se signale d'une part, par son extension en nappe large, régulière et circonscrite autour des deux piliers antérieurs et de la luette; d'autre part, par sa symétrie autour du plan médian, caractère persistant dans le cours de son évolution et de sa guérison. Ces signes lui donnent un cachet tout à fait original, qui la distingue d'entre les plaques muqueuses banales, et fournit un précieux élément de diagnostic, lorsqu'il s'agit de différencier une plaque muqueuse buccale d'autres lésions ayant une même localisation.

Sa valeur séméiologique nous semble si consi-

dérable, que nous sommes tentés de dire qu'elle est absolue.

A côté des formes orbiculaire et annulaire de plaques muqueuses buccales, auxquelles A. Fournier reconnaissait une valeur pathognomonique, il nous paraît possible, à bon droit, de considérer et de citer la plaque muqueuse géante du voile du palais comme un signe certain de syphilis.

La connaissance de ce type offre au médecin un signe clinique qui lui permettra de porter le diagnostic ferme de syphilis, sans l'aide des autres signes classiques de cette affection. Sa valeur sémiologique prendra parfois une importance capitale, quand il se présentera soit comme le premier accident connu de syphilis, ainsi qu'il s'est produit 5 fois sur 8 dans les observations que nous avons rapportées, soit même quelquefois, comme un accident unique, ainsi que nous l'avons rencontré 2 fois sur 8.

Vu : Bon à imprimer :	Vu et PERMIS d'imprimer :
<i>Le Président de Thèse,</i>	<i>Le Recteur de l'Académie de Paris,</i>
JEANSELME	APPEL.
	Vu :
<i>Le Doyen,</i>	
ROGER.	

Fig: 1

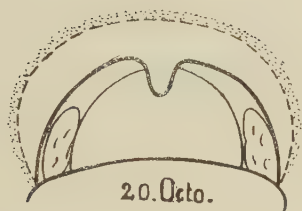


Fig: 2

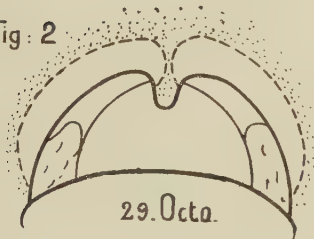


Fig: 3

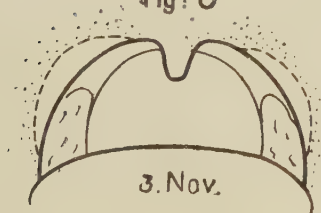


Fig: 4

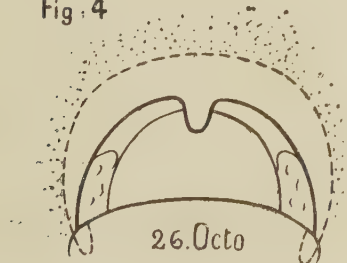


Fig: 5

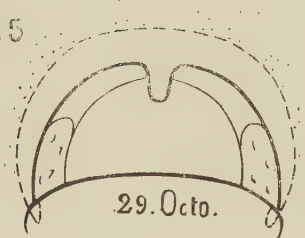


Fig: 6

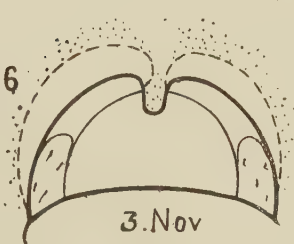
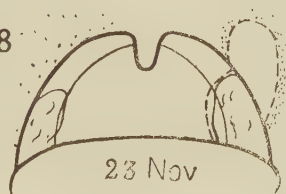


Fig: 7



Fig: 8



BIBLIOGRAPHIE

- BENOIST. — Thèse médicale, Paris, 1890. *Erythème vermillon syphilitique du voile du palais.*
- BELLAN. — Thèse médicale, Paris, 1901-02. *Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis.*
- BESSON. — Dauphiné médical, décembre 1906. *Influence de la dentition dans les accidents syphilitiques de la bouche.*
- BRAULT. — Janus Harlem, 1911. — *La question des plaques muqueuses chez les indigènes musulmans.*
- CORNIL. — *Leçons sur la syphilis.*
- DU CASTEL. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 8 février 1908. *Syphilis du pharynx.*
- ESCAT. — *Maladies du pharynx.*
- FOURNIER. — *Leçons cliniques sur la syphilis spécialement étudiée chez la femme.*
- FOURNIER. — *Traité de la syphilis aux périodes primaire et secondaire.*
- FOURNIER. — Médecine moderne, 1899. *Diagnostic différentiel des plaques muqueuses.*
- FROSSARD. — Thèse médicale, Paris, 1900. *Des rapports entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux chez les syphilitiques.*
- GAREL. — Semaine médicale, Paris, 1898. *De la dysphagie douloureuse prolongée de l'arrière-gorge, comme signe permettant le diagnostic de syphilis à ses trois périodes.*

- GAUCHER et CAMUS. — Annales des maladies vénériennes, Paris, 1908. *Plaques muqueuses tardives.*
- GAUCHER. — Journal médical de Paris, 1909. *Chancres de la gorge. Plaques muqueuses.*
- GAUCHER. — Bulletin de la société française de dermatologie, novembre 1905. *Plaques muqueuses chez une hérédo-syphilitique de 23 ans.*
- HALLOPEAU et FOUQUET. — *Traité de la syphilis.*
- JEANSELME. — Médecine moderne, Paris, 1910. *La syphilis à la période secondaire.*
- JEANSELME. — Journal médical de Paris, 1910. *Les formes cliniques de la syphilis.*
- JULLIEN. — *Le mauvais mal.*
- MAURIAC. — *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.
- MIREUR. — Thèse médicale, Toulouse, 1911. *Plaques muqueuses buccales tardives.*
- NICOLTOPOULOS. — Bulletin de laryngologie, octobre 1907. *La dyscatapose, comme signe de syphilis.*
- PARMENTIER. — Progrès médical belge, Bruxelles, 1911. *La laryngoscopie, de la syphilis.*
- PAUTRIER. — Presse médicale, Paris, 1907. *Importance de l'examen de la bouche dans les cas de syphilis douteuse.*
- RENAULT. — Volume jubilaire du Professeur Barduzzi, Livourne, 1911. *Importance du tempérament dans la production des accidents syphilitiques de la bouche.*
- RENAULT. — Annale de Dermatologie, février 1904. *Antagonisme entre l'état de la peau, et de la muqueuse bucco-pharyngée dans la syphilis.*
- THOLLON. — Languedoc médico-chirurgical, août 1901. *Erythème vermillon du pharynx.*

